TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr E. QUÉNU

Publications pendant les années 1904, 1905 et 1906

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU Dr E. QUÉNU

Publications pendant les années 1904, 1905 et 1906.

Ces travaux portent principalement sur la chirurgie de l'estomac, de l'intestin et du foie, et sur la chirurgie du cœur.

Traitement du delirium tremens par les injections de sérum artificiel.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 484.

J'ai publié, dans la *Presse médicale* de 1900, un premier article sur ce traitement qui depuis a été préconisé en Amérique (1901). Je suis parti de cette conception qu'il faut considérer les malades atteints de delirium tremens comme des auto-intoxiqués.

Sur la chloroformisation avec l'appareil de Roth-Drager.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1905, p. 56.

I

CHIRURGIE DU PHARYNX ET DE L'ESTOMAC

La Pharyngotomie rétro-thyroïdienne,

par Quénu et Sébileau.

Revue de chirurgie, 1904, t. I, p. 793.

La Pharyngotomie latéro-verticale inférieure est une opération simple intéressant seulement le tiers inférieur de la paroi pharyngée et ne portant que sur le constricteur inférieur, elle donne beaucoup de jour. Nous en donnons la technique opératoire (4 figures). Elle nous paraît applicable non seulement aux corps étrangers du pharynx, mais dans un grand nombre de cas à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Chez beaucoup de malades, cette opération simple pourrait avantageusement remplacer l'œsophagotomie cervicale. Elle est très facilitée par la manœuvre sur laquelle nous avons insisté et qui consiste dans l'accrochage, le soulèvement et la traction en avant du bord postérieur de la lame thyroïdienne, ce qui permet de faire à main levée, derrière le cartilage, la section des parois musculaire et muqueuse du pharynx. Il devient ainsi tout à fait inutile de se guider sur un cathéter introduit par la bouche, ainsi qu'on a l'habitude de le conseiller théoriquement.

Sténose du pylore par ingestion d'acide chlorhydrique.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 632.

J'ajoute une nouvelle observation aux 23 faits que j'avais rassemblés en 1902. L'examen histologique nous a permis de vérifier au niveau du pylore la destruction totale de la muqueuse et l'altération partielle de la musculeuse. Notre observation se range parmi celles où la sténose s'est produite avec une très grande rapidité.

Ulcère simple de l'estomac, gastro-entérostomie. Mort huit jours après d'une hémorrhagie foudroyante.
Ulcères de l'estomac hémorrhagiques et gastro-entérostomie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 305, 447.

Dans cette communication, j'étudie, à propos de l'observation détaillée que j'ai rapportée, les résultats obtenus par le traitement opératoire et spécialement par la gastro-entérostomie dans les cas d'ulcères hémorrhagiques. Les 32 cas que j'ai rassemblés ont donné 9 récidives d'hémorrhagies et 21 guérisons. Nous sommes loin, par conséquent, des assurances sans réserves du début.

Je pense que la conduite du chirurgien doit tenir compte surtout de l'évolution de l'ulcère.

L'ulcère est-il en voie de cicatrisation, est-il au contraire en activité? Voilà, à mon sens, la question la plus importante. A quoi le reconnaître ? Si nous envisageons les plus fréquents, c'est-à-dire les pyloriques ou les juxtapyloriques, nous pouvons avec assez de logique juger de l'acte cicatrisant d'après les résultats de cet acte, à savoir la sténose, et cette sténose se traduit elle-même par la dilatation de l'estomac.

Si dans les cas d'ulcères saignants en évolution on doit se résigner à une nouvelle opération, on pourrait, plutôt que de faire une opération difficile et grave (de par les lésions péri-ulcéreuses) comme la gastrectomie partielle, s'adresser à une méthode qui réalise d'une façon plus parfaite que la gastro-entérostomie la mise au repos de la région ulcérée; on pourrait penser à la jéjunostomie, ou peut-être encore à une exclusion, par section de l'estomac en deux parties, de la région ulcérée.

Ulcère peptique de l'estomac et jéjunostomie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 194.

A propos d'un rapport de Schwartz,je donne la suite d'une observation d'ulcère peptique déjà communiquée en 1902 (19 fév.).

Le malade avait déjà subi deux fois la gastro-entérostomie (la deuxième en Y). Les douleurs reparurent et devant l'impossibilité de les calmer, je tentai de faire l'exclusion complète de l'estomac en recourant à la jéjunostomie.

Le résultat a été atteint, mais la bouche jéjunale est incontinente. A l'avenir je conseillerais la technique suivante (suivie depuis avec succès chez d'autres malades) : fermer complètement le bout jéjunal inférieur, puis le lendemain ponctionner latéralement l'anse de manière à obtenir une bouche très petite comme celles que nous obtenons dans la gastrostomie.

Deux cas de pylorectomie pour linite plastique. De la dilatation de l'œsophage à la suite d'une gastrectomie presque totale.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 731.

J'apporte à l'histoire de la linite plastique l'observation complète de deux malades que j'ai pu suivre jusqu'à l'inévitable terminaison. Dans les deux cas il s'agit d'une forme particulière d'épithélioma, particulière non seulement par l'aspect macroscopique des lésions, l'épaississement calleux des parois stomacales et l'infiltration étendue de la couche sous-muqueuse, mais encore par la disposition et la morphologie des éléments épithéliaux.

On sait que l'interprétation de la linite plastique est encore controversée : sclérose essentielle ou secondaire ; gastrite chronique spécialement d'origine alcoolique ; variété d'épithéliome infiltré ; telles sont, avec les nuances intermédiaires que comportent toutes les hypothèses, les trois principales interprétations qui ont été données.

La plupart des observations sont favorables à la thèse cancéreuse : les deux nôtres sont de cet ordre. Nous avons remarqué la coexistence de

la linite avec l'infiltration diffuse de cellules muqueuses dans plusieurs observations publiées.

D'autre part, dans nos deux faits personnels, cette infiltration de cellules muqueuses a été notée. Nous établissons enfin un rapprochement de la linite avec un certain nombre de cas de cancers du rectum où l'épaississement sous-muqueux coïncidait avec la structure muqueuse. Peut-être donc pourrait-on établir une certaine relation entre l'aspect caractéristique de la linite et certaines formes d'épithélioma.

Au point de vue clinique, je relève que le diagnostic a été porté dans notre 2[e] observation grâce à la sensation de surface lisse que donnait la masse néoplasique, sensation comparable à celle d'un rein mobile.

Enfin l'autopsie nous a révélé des particularités intéressantes. Nous avions fait une gastrectomie presque totale ne laissant qu'un petit dôme appendu au cardia. Près de trois ans après, nous trouvâmes une dilatation considérable de la partie inférieure de l'œsophage avec une infiltration des parois du conduit et la présence de plis longitudinaux formant de véritables colonnes. Ces épaississements correspondaient à la sous-muqueuse œdématiée, sans que les fibres musculaires fussent sensiblement augmentées de nombre ou de volume.

Notre observation répond donc à la question que se posaient Terrier et Hartmann au sujet de la formation d'une poche œsophagienne à la suite d'une gastrectomie totale. Non seulement la poche se forme, mais les parois de l'œsophage s'épaississent et l'épaississement a son siège principal dans la sous-muqueuse.

II

CHIRURGIE DE L'INTESTIN

Des ostéômes de l'intestin.

Revue de chirurgie, 1904, t. II, p. 59, avec 8 figures.

Nous avons opéré et guéri une malade offrant les signes d'un rétrécissement du grêle. L'analyse histologique du segment atrésié nous révéla la présence de plaques osseuses au point retréci et l'existence d'un tissu de nouvelle formation. L'interprétation n'en est pas facile : ossification, néoplasie, rétrécissement, tels sont les trois termes du problème. Nous cherchons à reconnaître quel lien rattache ces termes l'un à l'autre. Nous arrivons à conclure que l'ossification est indépendante du tissu de nouvelle formation, qu'elle l'a précédé, qu'il y a eu, en d'autres termes un ostéôme primitif de l'intestin.

On ne trouve aucun fait comparable dans la pathologie humaine, mais il n'en est pas de même chez le cheval. Chez cet animal, l'ostéôme peut s'observer seul et en dehors de toute autre altération des tuniques intestinales ; chez lui, l'ostéôme peut s'associer (secondairement selon toute vraisemblance) à l'adénôme végétant de la muqueuse intestinale et former une tumeur susceptible d'engendrer par son volume une obstruction intestinale. L'ostéôme peut déterminer des lésions ulcé-

reuses de la muqueuse intestinale (avec ou sans néoplasme véritable selon l'interprétation qu'on voudra donner à nos descriptions histologiques) occasionnant en dernier lieu un rétrécissement serré cicatriciel de l'intestin grêle.

Communication sur deux observations de cæcum mobile.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 634.

Notre première observation est relative à un volvulus du cœcum qui fut pris pour une appendicite à répétition. Elle prouve qu'il existe des cas de coudure et de torsion du cœcum compatibles avec les apparences d'une assez bonne santé ; que l'occlusion intestinale n'est pas le résultat inévitable d'un cœcum tordu. Il est probable que dans un certain nombre de cas, il entre comme déterminants des accidents, des facteurs autres que le déplacement mécanique et qu'il faut faire entrer en ligne de compte les altérations de structure de la muqueuse du cœcum provoquées et entretenues par la situation vicieuse des segments intestinaux et par la stase communément observée et signalée de matières fécales abondantes.

Dans le type que j'ai observé, l'inflexion et la torsion du ccœum sans aller dans les crises jusqu'à produire l'occlusion intestinale, provoquaient une stase stercorale habituelle et des altérations de structure de la muqueuse du gros intestin. Celles-ci sont susceptibles d'occasionner des péritonites partielles et la formation d'adhérences persistantes.

Déviation du cœcum, modification des vaisseaux et stase stercorale aboutissant à l'altération de structure de la muqueuse, péritonite secondaire et adhérences, voilà l'ordre très vraisemblable des accidents. Nous attribuons la principale importance aux ulcérations du cœcum.

Il n'y a pas, à vrai dire, de formes médicales et de formes chirurgicales du cœcum mobile. Il y a des formes cliniques un peu différentes dans lesquelles prédominent, suivant les cas, les phénomènes mécaniques de torsion ou les phénomènes réactionnels du côté du péritoine. On conçoit donc qu'on les confonde avec certaines péritonites partielles développées autour de l'appendice ou de la vésicule biliaire, ou de tout autre organe.

Traitement opératoire des cancers du gros intestin.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 919.

Je reprends la division que j'avais déjà faite en 1901 des cancers traités en pleine crise d'obstruction ou en dehors de l'obstruction.

Dans tous les cas d'obstruction, la meilleure conduite à mon avis est de se borner à parer aux accidents d'occlusion à l'aide d'un anus cæcal ou d'un anus iliaque, en s'efforçant d'éviter la souillure de la plaie au moins dans les premières heures. J'ai conseillé dans ce but après avoir fixé le cæcum à la paroi (je fixe même volontiers la séreuse cæcale à la peau) d'attendre une dizaine d'heures, puis de ponctionner l'intestin avec un trocart un peu plus gros qu'un trocart à hydrocèle. Ce trocart traverse le pansement et prolongé par un tube en caoutchouc vient déverser le liquide intestinal dans une cuvette placée à côté du malade.

Il y a des cas, toutefois, où l'intestin ne se désencombre pas, malgré que l'ouverture ait été bien placée au-dessus de l'obstacle ; c'est lorsque l'intestin est bouché par de véritables stercoromes en boules ou en masses durcies.

En dehors de l'occlusion, j'estime qu'il ne faut pas adopter une pratique exclusive, mais que le traitement opératoire doit varier avec le siège, la mobilité, la disposition anatomique de l'anse malade. Je reconnais que le procédé en plusieurs temps (exérèse après extériorisation préalable de la tumeur) mérite d'être appliqué plus souvent, spécialement dans les cas difficiles.

Appendicite chronique.

Discussion sur l'appendicite chronique à propos de la communication de M. Guinard (Appendicalgie).

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 99.

Appendice. Transformation kystique de l'appendice à contenu stérile.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1903, p. 803.

Communication sur le traitement des rétrécissements dits syphilitiques du rectum. Du rhumatisme rectal. De l'extirpation du rétrécissement avec conservation du sphincter.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 474.

Le traitement des rétrécissements du rectum ne peut être uniforme. Il faut faire une part à la dilatation lente et prudente chez certains malades qui peuvent se soigner et être soignés.

Le traitement applicable à la majorité des cas est pour nous l'anus iliaque. Il y a intérêt à occlure secondairement l'orifice du bout inférieur ; je donne la technique opératoire de cette occlusion. Cette exclusion complète du bout inférieur est suivie d'une sorte d'atrophie et d'une très grande diminution de l'écoulement.

Dans certains cas favorables, on peut recourir à l'extirpation du rétrécissement en conservant le sphincter anal. Je communique une observation de ce genre et présente la malade.

Dans cette même communication, j'appelle l'attention de mes collègues sur une complication des affections rectales qui paraît avoir passé inaperçue, c'est la complication articulaire ; il existe un faux rhumatisme rectal.

Empalement. Plaie du rectum.

Rapport sur une observation de M. Baudet.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1907, p. 7.

En présence d'une plaie par empalement, toute la question est de savoir si le péritoine est intact ou non.

L'examen direct du rectum est de rigueur et permet seul le diagnostic. S'il y a pénétration péritonéale, il est indiqué de faire une laparotomie, sinon on peut se borner à réparer la brèche ano ou recto-périnéale en intervenant de préférence par la voie périnéale.

III

CHIRURGIE DU FOIE ET DU PANCRÉAS

Contribution à la chirurgie du canal hépatique. De l'hépatico-gastrostomie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1905, p. 218.

Dans ce mémoire, je passe en revue la chirurgie du canal hépatique et je rapporte une observation personnelle d'anastomose du canal hépatique dilaté avec l'estomac.

Les indications de l'hépaticostomie, qu'elle soit cutanée, gastrique ou intestinale, se résument en ceci : un obstacle pariétal au niveau de l'origine du cholédoque avec impossibilité d'utiliser la vésicule; l'obstacle cavitaire en effet est justiciable de la taille ou de la propulsion dans le cholédoque.

L'obstacle pariétal ou rétrécissement peut être de nature néoplosique, qu'il ait débuté par le cholédoque, la fin de l'hépatique, le cystique ou le col de la vésicule biliaire.

Cet obstacle peut être purement inflammatoire et il n'est pas nécessaire que les calculs soient enclavés au voisinage du point rétréci pour expliquer sa formation. Toute localisation lithiasique est capable de déterminer à distance une inflammation ulcéreuse. Je rapporte à l'appui de l'existence des rétrécissements inflammatoires 3 observations : une observation de Bezançon, une de Lancereaux et mon observation personnelle.

Rapport sur un cas de cholédoco-entérostomie de M. Brin (d'Angers). Du diagnostic opératoire des obstructions du cholédoque et spécialement de la duodénotomie exploratrice. Des indications de la cholédoco-entérostomie.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1905, p. 945.

Il est souvent difficile avant d'opérer d'affirmer la nature de l'obstruction du cholédoque.

L'amaigrissement énorme est lui-même un signe infidèle de cancer.

La dilatation de la vésicule est un signe inconstant ou difficilement perceptible. J'accorde plus de valeur à l'ascite et à la modalité de l'ictère qui, parfois faible et surtout variable dans les calculs du cholédoque et les pancréatites, est plus prononcé et surtout d'intensité constante ou progressive dans le cancer.

L'exploration opératoire reste souvent la seule ressource pour obtenir un diagnostic précis. Cette exploration est délicate et doit être conduite suivant certaines règles.

L'exploration de la région sus-duodénale du cholédoque ne présente en général aucune difficulté insurmontable. Il n'en est pas de même lorsque le calcul occupe la portion intrapancréatique ou l'ampoule de Vater. La manœuvre de Vautrin, qui incise le péritoine pariétal postérieur sur le bord latéral du duodénum et recline cet intestin d'arrière en avant, peut être utile. Elle peut être insuffisante.

Lorsqu'on a devant soi une induration étendue de la tête du pancréas, on a le droit d'hésiter; il reste alors une ressource que je ne saurais trop préconiser, c'est la duodénotomie exploratrice et le cathétérisme rétrograde du cholédoque par l'ampoule de Vater. La duodénotomie a été faite dans des circonstances toutes différentes. Dans un certain nombre de cas, le diagnostic du calcul du cholédoque a été porté, mais la situation cachée de la masse indurée rendant l'accès très difficile, le duodénum a été ouvert pour arriver plus aisément sur le calcul.

La duodénotomie exploratrice est une opération un peu différente.

On sait seulement qu'il existe un obstacle à la partie terminale du cholédoque; les caractères de l'induration pancréatique ou l'absence même de toute induration laissent planer le plus grand doute sur l'étiologie de l'obstruction cholédocienne. Dans le but de lever ce doute, on

incise délibérément le duodénum afin d'aborder le cholédoque par son embouchure duodénale et d'en faire le cathétérisme rétrograde.

La duodénotomie renseigne sur l'état de l'ampoule de Vater.

En second lieu et avant tout cathétérisme, on peut reconnaître par la saillie dure qu'il forme un calcul ou un amas de calculs dans l'ampoule de Vater, ou encore sentir à travers la paroi interne du duodénum un calcul de la portion terminale du cholédoque.

Si cette exploration par la vue et la palpation demeure fruste, il reste la ressource du cathétérisme qui doit être fait avec un instrument métallique.

L'anastomose duodénobiliaire ne doit être entreprise qu'après avoir écarté, par toutes les investigations nécessaires, la possibilité d'une obstruction par calcul. Nous n'avons pu rassembler que 9 observations d'anastomose du cholédoque avec l'intestin. L'observation de M. Brin serait la dixième. L'opération anastomotique du cholédoque avec l'intestin a été faite pour des obstructions cancéreuses, pour des pancréatites chroniques ou pour des rétrécissements inflammatoires supposés.

Sur le drainage des voies biliaires.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 204.

Le drainage du cholédoque a été pratiqué pour la première fois, en 1889, par un chirurgien américain, Abbe.

Kehr a fait sa première publication en avril 1897.

La même année, je présentai à la Société de chirurgie mon mémoire sur la cholédocotomie sans suture, dans lequel j'insistais sur le « drainage systématique du cholédoque » et dans lequel je conseillais d'introduire l'extrémité du drain jusque dans le canal commun. Ma première observation datait de la fin de 1896.

Depuis le commencement de 1905, j'ai pratiqué 6 cholédocotomies avec drainage de l'hépatique, 5 fois pour une lithiase du cholédoque, une fois pour des accidents d'angiocholite.

Je rapporte le résumé de ces 6 observations. Je pense, comme M. Terrier, que le drainage direct (hepaticus drainage de Kehr) mérite de voir ses indications plus étendues encore. Je pense, comme Terrier, Lejars, etc., que toute angiocholite mérite d'être traitée par le drainage direct plutôt que par les voies accessoires. Mais je ne crois pas que l'on

doive drainer le cholédoque pour toute cholécystectomie. D'autre part, j'estime qu'il ne faut pas ajouter à toute cholédocotomie l'enlèvement de la vésicule biliaire. Tout en acceptant l'extension plus grande du drainage hépatique, je n'accepte pas dans son entier la méthode de Kehr, si cette méthode consiste dans la systématisation à outrance ou de la cholécystectomie dans toute lithiase du cholédoque ou de la cholédocotomie dans toute extirpation de la vésicule.

Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin sur la cholédocotomie.

Bulletin médical, 1905.

Pancréatites et Lithiase biliaire,

par Quénu et Duval.

Revue de chirurgie, 1905, t. I, p. 401.

Ce mémoire est le premier publié en France. Nous faisons une étude complète de la pancréatite liée à la lithiase biliaire. Nous ajoutons 4 observations personnelles à l'analyse des observations étrangères publiées. Nous concluons, au point de vue pathogénique, que les pancréatites se présentent souvent comme une complication de la lithiase biliaire; elles sont dues, suivant les cas, soit à la propagation de l'infection biliaire, soit à une infection canaliculaire ascendante d'origine duodénale ou biliaire; l'hypothèse d'une infection originelle commune hépatico-pancréatite aboutissant, d'une part à la cholélithiase, d'autre part à la pancréatique chronique nous semble logique.

Après un exposé symptomatique des différentes formes de pancréatites, nous terminons par l'étude du traitement qui se résume dans cette proposition : il y a nécessité de drainer les voies biliaires et ce drainage doit être établi de préférence là où la présence des calculs a fait porter la taille biliaire, mais avant tout la large perméabilité des voies biliaires est exigible.

Note sur le traitement des kystes hydatiques du foie. Des petites incisions dans l'ouverture des kystes hydatiques du foie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 953.

La large incision d'un kyste hydatique n'est ni nécessaire ni suffisante pour en assurer la guérison complète. Nous pouvons adopter pour

limite d'ouverture celle qui permet simplement d'extraire les membranes des vésicules filles : une ouverture de 4 à 5 centimètres suffit au nettoyage des plus gros kystes. La petitesse de l'incision a beaucoup d'avantage au point de vue de la solidité de la paroi abdominale.

Sur le traitement des kystes hydatiques du foie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 42.

Il ne faut pas avoir l'illusion quand il s'agit de kystes volumineux, que l'accolement des parois est immédiat et que rien ne transsude dans la cavité après l'opération. Je pense, au contraire, que dans la plupart des cas, sous l'influence de la décompression opérée par l'évacuation du contenu kystique, il transsude de la sérosité teintée de bile et qu'un temps de résorption progressive précède la guérison définitive; je pense que le plus ou moins de perfection que nous observons dans la guérison est rigoureusement proportionnel aux qualités de la bile épanchée et à sa quantité.

La résorption peut être lente à se faire et nécessiter même l'aide d'une ponction, sans que pour cela le résultat final soit compromis.

Note sur le traitement de certains kystes hydatiques suppurés.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 176.

Dans ce court travail sont rapportées deux observations dans lesquelles, malgré la suppuration du kyste, l'effacement rapide de la cavité et la guérison par première intention ont été obtenus. Cela ne signifie point que je préconise la réunion par suture des kystes hydatiques suppurés, je dis seulement que : lorsque l'excellent état général du malade, l'absence de toute sensibilité et de toute fièvre ont conduit au diagnostic de kyste hydatique simple non suppuré, si contre toute prévision on tombe sur une poche suppurée, on a le droit de supposer que le pus est stérile ou très peu virulent, et au lieu de marsupialiser on peut, soit comme dans mon premier cas, mettre un petit drain par l'ouverture du trocart agrandi, soit même suturer complètement après formolage et assèchement. Il est essentiel d'accoler la ligne de réunion hépatique à l'incision pariétale et de placer un drain au contact. Je ne

pense pas qu'en agissant de la sorte on risque grand'chose et le pire qui puisse arriver c'est qu'on ait secondairement à élargir son ouverture.

Cette communication se termine par une statistique des cas traités par la réunion.

Sur 18 réunions, je compte une mortalité opératoire nulle, 11 succès complets, 1 succès incomplet et 6 insuccès.

De la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires et spécialement de leur traitement opératoire.

Rapport sur une observation de M. DUVAL.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 1005.

Dans ce rapport sont passés en revue les accidents déterminés par la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires. Le diagnostic est-il possible ? Il paraît l'être dans certains cas. S'il existe une tumeur apparente qu'on puisse interpréter comme étant un kyste hydatique et s'il survient des crises douloureuses suivies d'ictère, on doit croire à un kyste hydatique rompu dans les voies biliaires. La recherche de débris d'hydatides dans les garde-robes est alors tout indiquée. Mais s'il n'y a pas de kyste apparent, le problème peut paraître insoluble. Cependant il m'a semblé que dans certains cas on pouvait songer à ce diagnostic. Il m'a paru que le début des accidents était plus brusque et plus violent que dans la lithiase biliaire. Il est bien rare qu'une forte colique hépatique d'ordre lithiasique n'ait pas été précédée de sensibilité à l'épigastre, de petites crises pseudo-gastralgiques et que d'emblée on assiste à ces violents accès allant jusqu'à la syncope. Dans les ruptures de kystes, au contraire, la douleur dès le premier accès est des plus violentes, l'ictère est d'emblée très accusée; s'il s'atténue c'est pour reparaître bientôt plus intense, en s'accompagnant de frissons et de fièvre; les vomissements sont fréquemment notés ainsi que la diarrhée. La brusquerie des accidents, leur intensité précoce et la rapidité de leur évolution, telles sont les nuances sur lesquelles on peut se baser pour soupçonner la rupture d'un kyste hydatique dans les voies principales.

J'ai pu, en me basant sur elles, faire dans un cas le diagnostic qu'a vérifié l'intervention opératoire.

Au point de vue du traitement, on a fait des opérations sur la vésicule biliaire et des opérations sur les voies principales. J'ai réuni 8 opérations (dont une personnelle) sur les voies principales et 8 opérations (dont une personnelle) sur les voies accessoires.

Lorsqu'on intervient pour des accidents analogues à ceux que produisent les calculs biliaires et que, soit avant d'opérer, soit au cours de l'opération, on trouve une tumeur d'apparence kystique, on doit songer à une rupture de kyste hydatique dans les voies biliaires.

L'action chirurgicale peut se limiter à la vésicule ou s'étendre à la voie principale.

Elle pourra se limiter à la vésicule lorsque les symptômes observés cliniquement auront été uniquement ceux d'une lithiase vésiculaire, avec fièvre temporaire et ictère passager, lorsqu'au moment de l'intervention il n'y aura ni fièvre ni jaunisse, lorsqu'enfin l'exploration montrera que la poche avoisine nettement la vésicule ou se confond avec elle.

L'opération la plus simple est la cholecystostomie, elle peut être suffisante, la cholecystectomie peut lui être préférée dans certains cas.

Lorsqu'on intervient pour des accidents d'angiocholite, l'indication primordiale est de parer aux accidents d'infection biliaire, c'est d'ouvrir largement la voie principale.

Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin sur le traitement opératoire des kystes hydatiques du foie.

Bulletin médical, 1906.

IV

CHIRURGIE DU COEUR

Plaie du cœur. Plaie pénétrante du ventricule gauche. Suture. Guérison.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 316.

Je rapporte l'observation d'une jeune femme qui se donna un coup de couteau dans la région du cœur et que je pus opérer un peu plus d'une heure après l'accident.

Lambeau à charnière externe, extraction du cœur de sa loge, placement des deux points de suture séparés (fils de lin), pas de drainage; telle fut la technique suivie.

La guérison fut obtenue simplement et la malade quitta l'hôpital le treizième jour.

Elle a été revue en bonne santé tout dernièrement.

Sur une plaie du cœur (ventricule droit) traitée par la suture.

Rapport sur une observation de M. Baudet.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1907, p. 10.

Le malade de M. Baudet guérit après suture de la plaie du ventricule droit. Il présenta cette particularité que ni la plèvre, ni le péricarde (effacé puisqu'il y avait symphyse cardiaque) ne renfermaient de sang.

Or si on n'envisage que le danger immédiat des plaies du cœur on sait que les blessés meurent ou *par hémorrhagie*, le sang coulant librement soit dans la plèvre, soit au dehors, ou par *compression du cœur*, le sang s'amassant dans le péricarde et étouffant pour ainsi dire le muscle cardiaque. Aucun de ces deux mécanismes ne pouvait être invoqué ici, il fallait bien faire intervenir une autre cause : *un trouble apporté à l'innervation du cœur*. Ce trouble paraît pouvoir résulter d'une simple plaie du péricarde (observation de Moreau), ou d'une piqûre de la cloison interventriculaire (expériences de Kronecker), ou d'un réflexe intéressant l'endocarde. Le cœur subit alors une sorte d'inhibition dont peut parfois le sortir le massage direct, ou si celui-ci échoue, l'injection dans la cavité du cœur de sérum artificiel à la température normale du cœur (38,5 environ).

Les observations de Jaffé et plus spécialement une observation inédite que je dois à mon assistant, M. Duval, en sont la preuve.

V

CHIRURGIE DES RÉGIONS ET DES MEMBRES

Chirurgie conservatrice pour plaies contuses de l'articulation du genou.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 915, et *Thèse de Rousseau*, 1906.

Valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1905, p. 883.

Après un cours historique de l'utilisation de la ponction lombaire au point de vue diagnostique, j'aborde l'étude de sa valeur thérapeutique. Des faits de Tuffier, Gérard, Marchant, Rochard démontrent que certains malades ont paru bénéficier des ponctions lombaires. M. Muret, mon interne et moi nous apportons 7 observations de fractures de la base du crâne traitées systématiquement par les *ponctions lombaires répétées* et terminées toutes par la guérison. Dans chaque cas, le liquide hématique résultant de la ponction a été examiné.

L'observation personnelle que je rapporte est celle d'une fracture de la base portant sur l'occipital et vraisemblablement paramédiane. On sait que le pronostic de cette fracture est particulièrement grave. Or, les effets thérapeutiques de la ponction se sont renouvelés ici sous nos yeux avec une telle constance qu'aucun doute ne peut subsister dans l'esprit. Pourquoi cette amélioration survient-elle ? Il est possible qu'il y ait une part à faire à l'hypertension dans la pathogénie des accidents, mais pour nous il faut faire jouer un rôle considérable dans la production du coma et du délire secondaire aux phénomènes de résorption sanguine, la ponction lombaire agirait comme moyen d'élimination des substances toxiques.

Abcès du sinus frontal, trépanation, défoncement de la paroi inféro-interne; large drainage par les fosses nasales; opération faite en 1894.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 929.

Fracture de l'humérus. Trois observations de malades traités par l'appareil à extension continue de M. Heitz Boyer.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 1103.

Fracture indirecte partielle par retour de manivelle.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1907, p. 67.

Nous avons observé une fracture indirecte de l'extrémité inférieure du radius dans laquelle le trait de fracture partait en dehors à 22 ou 23 millitres de la pointe de l'apophyse styloïde radiale et venait aboutir à l'interligne articulaire à peu près au niveau de l'axe du carpe. La disposition anatomique des ligaments radiocarpiens semble donner la clef de ces localisations de l'arrachement osseux; ils s'insèrent justement dans les limites mêmes du fragment radial.

Fracture par diastase de Maisonneuve.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 243.

Nous présentons les radiographies d'une variété de fracture du péroné que Maisonneuve a décrite pour la première fois en 1840 et dont il n'a jamais pu fournir d'exemple. La diastase n'accompagne pas seulement la fracture du péroné au quart supérieur (type de Maisoneuve), elle s'observe aussi dans quelques fractures de l'extrémité inférieure et je lui attribue une grande importance au point de vue pronostique.

Ankylose osseuse du coude, suite de traumatisme. Résection économique avec interposition tendineuse (triceps).

Bulletins de la Société de chirurgie, 1905, p. 622.

Chez une jeune fille atteinte d'ankylose osseuse, après avoir réséqué les os, j'ai sectionné le tendon du triceps et je l'ai interposé entre les surfaces osseuses cruentées.

Un peu moins de 3 mois après, je fais une deuxième intervention, je mets à découvert le tendon du triceps interposé et j'en coupe la portion interposée au ras de l'os. Je puis alors, *de visu*, constater qu'il n'y a aucune adhérence entre la face supérieure du segment interposé et la face inférieure de l'humérus sectionné. Il en est de même pour la face inférieure. Le segment tendineux interposé laisse entre lui et les os une véritable cavité libre, on peut donc le comparer à un ménisque.

Luxation sous-astragalienne en avant et en dehors datant de 21 jours. Réduction après arthrotomie sans résection.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1904, p. 684.

En 1894, j'ai présenté à la Société de chirurgie un travail sur les causes d'irréductibilité des luxations sous-astragaliennes et j'ai conclu que le seul obstacle à la réduction *c'est l'interposition entre la cavité articulaire et la tête astragalienne du ligament annulaire antérieur du tarse resté intact*.

J'en ai conclu, au point de vue thérapeutique, qu'il faut tenter la réduction en sectionnant préalablement le ligament annulaire antérieur du tarse.

Or c'est la conduite que j'ai suivie chez le malade que j'ai présenté dans la séance précédente (21 juin).

La tête astragalienne ayant été mise à découvert, j'ai senti, en introduisant le doigt dans la cavité scaphoïdieme, l'existence d'une sorte de rebord fibreux que je sectionnai en plusieurs points. Reprenant le pied, je pus alors facilement réintégrer la tête de l'astragale. 25 jours après l'opéré commençait à se lever et à marcher.

Traitement opératoire des ruptures sus rotuliennes du quadriceps,

par Quénu et Duval.

Revue de chirurgie, 1905, t. I, p. 165 (2 figures).

Après une revue historique complète des ruptures tendineuses du quadriceps, nous analysons tous les cas qui ont donné lieu à une intervention opératoire et nous ajoutons 3 observations personnelles de ruptures traitées par la suture.

Avec la suture on est en droit de compter sur de beaux résultats dans tous les cas.

Seule la suture peut donner d'une façon certaine le rétablissement de la continuité musculaire, seule elle la donne d'une façon rapide. La longue analyse que nous avons faite des cas suturés et des cas non suturés nous autorise à poser cette conclusion que « la suture est dans tous les cas le traitement rationnel des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps ».

Quand faut-il opérer? Lorsqu'on a eu le temps suffisant pour préparer le nettoyage difficile de la région du genou.

Quelle est la meilleure technique opératoire ? Nous conseillons une technique nouvelle « la *suture ostéo-tendineuse* » en passant le fil transversalement dans le muscle et transversalement aussi dans la rotule à un centimètre de son bord supérieur.

Syndactilie congénitale ; opération par la méthode italienne.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1906, p. 409.

L'opération de choix, quand elle est indiquée, est celle de Zeller, mais elle s'applique spécialement aux cas de doigts palmés plutôt qu'aux cas de doigts accolés. Pour ces derniers il faut plus d'étoffe. L'opération de Didot emprunte de la peau dorsale pour recouvrir la face latérale d'un doigt et de la peau palmaire pour recouvrir la face latérale de l'autre doigt, mais elle n'ajoute rien, elle ne donne aucune étoffe nouvelle.

Sur la main gauche de mon malade opéré par la greffe italienne, on peut constater la souplesse du doigt et la mobilité de tous les doigts. La greffe italienne a été appliquée plus d'une fois aux pertes de substance digitale résultant de brûlures. M. Berger en a communiqué plusieurs exemples à la Société, je n'ai pas vu néanmoins dans nos *Bulletins* que la méthode ait été appliquée aux malformations congénitales.

Dégénérescence d'un moignon vaginal à la suite d'une hystérectomie totale pour salpingite.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1905, p. 602.

Paris. — Imp. E. Capiomont et Cie, rue de Seine, 57.